

Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello

Behavior of high-grade intraepithelial lesions on the Cervix Pathology Consultation

MSc. Alina Moré Vega, MSc. Carlos Moya Toneut, MSc. Felipe Vladimir Pino Pérez, MSc. Ana Margarita Gálvez Castellón, MSc. Mirdo Luis Espinosa Fuentes, Dr. Jorge Luis Ávalos Arbolaes

Hospital Universitario "Mártires del 9 de abril". Sagua la Grande. Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el cáncer cérvicouterino (CCU) es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres.

Objetivo: determinar el comportamiento de las lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado.

Métodos: se realizó una investigación cuantitativa y cualitativa de tipo descriptivo transversal de las pacientes atendidas en la consulta de patología de cuello del Hospital Universitario "Mártires del 9 de Abril" de Sagua la Grande, en el período comprendido entre enero y diciembre de 2011. El universo estuvo constituido por 158 mujeres que asistieron a consulta con citología alterada, la muestra fue de 70 mujeres con diagnóstico de lesión de alto grado. Se revisaron las historias clínicas, tarjetas de citodiagnóstico y se entrevistaron las pacientes, se confeccionó la base de datos.

Resultados: la edad más frecuente fue 25-44 años. El 67,1 % inició su vida sexual entre los 16 y 20 años. Existió una relación directa entre la infección por el VPH y la aparición de las lesiones intraepiteliales cervicales, dado que en 53 pacientes (72,6 %) existió el hallazgo citológico del VPH. Hubo una correspondencia adecuada entre los resultados de la biopsia por ponchamiento y la biopsia por cono. En cuanto al tratamiento definitivo, a 53 pacientes se les realizó cono por bisturí frío y solo a 9 histerectomía total.

Conclusiones: una de cada 10 pacientes afectada por una lesión de alto riesgo es menor de 25 años. A mayor tiempo transcurrido desde el inicio de las relaciones sexuales se incrementa la aparición de lesiones de alto grado.

Palabras clave: lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado, patología de cuello, virus del papiloma humano (VPH).

ABSTRACT

Introduction: cervical cancer (CCU) is the second most common malignancy in women.

Objective: to determine the behavior of high grade cervical intraepithelial lesions.

Methods: a quantitative and qualitative cross descriptive study was conducted in patients treated in the cervix pathology service at the University Hospital Mártires del 9 de Abril, Sagua la Grande, from January to December 2011. The universe of our study consisted of 158 women who were assisted at consultation with abnormal cytology; the sample was 70 women diagnosed with high-grade lesion. We reviewed the medical records, greeting cytodiagnosis and interviewed the patients. Data were entered in a database.

Results: the most common age was 25-44 years. 67.1 % started their sexual life between 16-20 years old. There was a direct relationship between HPV infection and the development of cervical intraepithelial lesions, since 53 patients (72.6 %) showed HPV cytologic finding. There was a suitable correspondence between the results of punch biopsy and cone biopsy. As for the definitive treatment, 53 patients underwent cold blade cone and only 9 underwent total hysterectomy.

Conclusions: one in 10 patients affected by high-risk injury is younger than 25 years. A longer time since the onset of sexual intercourse increases the appearance of high-grade lesions.

Keywords: high-grade cervical intraepithelial lesions, cervical disease, human papilloma virus (HPV).

INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvicouterino es la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres y constituye un problema de salud pública a nivel mundial.² Es una de las causas más frecuentes de muerte en las mujeres de los países en desarrollo y sus tasas de incidencias más altas se encuentran en Centro y Sur América, África Subsahariana, Sureste de Asia y el Caribe.^{1,2}

Anualmente se registran aproximadamente 500 000 casos, de esos 230 000 fallecen, el 80 % ocurre en países en desarrollo. Más de 300 000 mujeres mueren anualmente y de ellas más del 70 % en plena capacidad reproductiva. En Europa el CCU es la tercera causa de muerte en la mujer y en Latinoamérica es la causa de muerte más frecuente con más 30 000 defunciones por año.³

En la última década se ha visto una tendencia creciente de la mortalidad en algunos países desarrollados como Inglaterra, parte de los Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda. Sin embargo, en España existe una baja incidencia de cáncer de cérvix (4,5 %), constituyendo el primer lugar el cáncer de endometrio (6,7 %), seguido por el cáncer de ovario con 4,7 %.⁴

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del 30 y hasta la actualidad y se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares.⁵

La atipia celular es el fenómeno más distintivo de la NIC, y se localiza en los estratos más bajos en las lesiones intraepitelial grado I, y ocupa poco a poco, más epitelio en los NIC II y NIC III. Se trata de alteraciones reversibles que sin embargo tienden a su agravamiento, es decir, al paso sucesivo desde displasia leve (NIC I) a displasia moderada (NIC II) a displasia severa (NIC III), de esta a *carcinoma in situ* hasta finalmente al cáncer invasor.⁶

En la actualidad los científicos de todo el mundo interesados en el estudio del cáncer cérvicouterino, aceptan que su diagnóstico precoz unido con un tratamiento cada vez más conservador, es uno de los problemas de mayor importancia a resolver que permitiría mantener la salud, capacidad reproductiva, laboral y sexual de la mujer de estos tiempos.⁷

La edad promedio de diagnóstico de las afectadas con esta patología es de 45 años, pero esta puede ocurrir en cualquier etapa de la vida. Se calcula que aproximadamente el 2 % de las mujeres mayores de 40 años lo desarrollan.^{8,9}

La historia natural del cáncer cérvicouterino implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras (neoplasias intraepiteliales cervicales o intracervicales NIC I, II y III o *carcinoma in situ* CIS) y carcinoma invasivo en sus diferentes etapas.

Las células precursoras (displasia cervical, NIC) desarrollan un cáncer cervical invasivo en el plazo de unos años. Según la OMS se define como una lesión, en la cual parte del espesor del epitelio está sustituido por células que muestran grados variables de atipias. La NIC grado I, II y III corresponde respectivamente a una displasia cervical leve, moderada y severa. La NIC III, que incluye la displasia severa y el *carcinoma in situ*, es poco probable que regrese espontáneamente y, si no se trata, puede atravesar la membrana basal transformándose en un carcinoma invasivo.^{4,8}

Los factores de riesgo que hasta ahora se han relacionado con la aparición y desarrollo de lesiones premalignas incluyen: edad, condición socioeconómica, inicio de vida sexual activa en la adolescencia, más de 3 parejas sexuales, promiscuidad, partos vaginales, infección por VPH, tabaquismo, factores hormonales, entre otros.^{10,11}

Existen datos que confirman el papel relevante de las infecciones por el virus del papiloma humano (VPH), así como la inmunodeficiencia exógena o endógena en el desarrollo de las displasias cervicales. Desde finales de la década de los 70 se conoce la estrecha relación etiológica por ciertos genotipos de papiloma virus humanos y el CCU. El papel causal de las infecciones de virus del papiloma humano en el cáncer cervical ha quedado documentado más allá de cualquier duda razonable.¹²

Actualmente se acepta que el CCU (cáncer cérvicouterino) es una enfermedad de transmisión sexual. Se considera que las ITS constituyen a escala mundial la segunda causa de enfermedad más importante en mujeres jóvenes en países en desarrollo y la principal causa de infertilidad, discapacidad y muerte en el mundo. La infección por VPH se puede expresar en forma clínica, subclínica o latente.¹²

Como se conoce, los principales pasos involucrados en la carcinogénesis cervical incluyen la infección por VPH la persistencia del virus por un cierto período de tiempo, progresión a precáncer y la invasión. Etapas de retroceso son posibles incluyendo la eliminación de la infección por el virus así como la regresión de la lesión premaligna. Para la progresión y la invasión es necesaria la persistencia de al

menos un tipo oncogénico. Afortunadamente la mayoría de las infecciones por PVH son transitorias y desaparecen espontáneamente en un período de 7 meses a 2 años transmitido a su pareja sexual.^{12,13}

La lenta evolución de la enfermedad y la accesibilidad de células del cérvix para su estudio, permite tener tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad, si el diagnóstico se hace oportunamente, lo que hace que el CCU sea una neoplasia 100 % prevenible.¹⁴

La citología cérvicovaginal, la colposcopia, la histopatología y las pruebas moleculares para detectar ADN del virus del papiloma humano son métodos utilizados en el diagnóstico de esta patología. Pueden considerarse pruebas complementarias entre sí, ya que forman parte del protocolo de estudio de las mujeres con lesiones cervicales y cada una tiene una indicación especial.¹⁵

Si bien en todo el mundo se realizan esfuerzos para reducir el impacto del cáncer cervical en la salud, la mayoría de los intentos hechos en países subdesarrollados no han tenido éxito, debido a factores tales como la falta de conciencia acerca del problema, el acceso restringido a las intervenciones de salud necesarias, la imposibilidad de proveer de exámenes de Papanicolaou a todas las mujeres que lo requieren y al uso infrecuente de los recursos disponibles. Es el tumor más común en los países en desarrollo, mientras que ocupa el 10mo. lugar en los países desarrollados. Cuando se contemplan los dos sexos juntos el cáncer de cuello uterino ocupa el 6to. lugar en el ámbito mundial, precedido por los cánceres de mama, pulmón, estómago, colorrectal y próstata.¹⁶

En Cuba, según datos obtenidos del Anuario Estadístico del 2010, el cáncer cérvicouterino ocupa la tercera causa de muerte en el sexo femenino, en el año 2009 se diagnosticaron 1 263 pacientes, de ellas, perdieron la vida 430, de las cuales 200 se encontraban entre los 40 y los 59 años, esto trajo como consecuencia que solo por esta causa se perdieran 32,1 años de vida potencialmente.^{17,18}

Las estadísticas demuestran que las patologías de cuello uterino continúan siendo un serio problema de salud pública en el área geográfica que atiende el Hospital Universitario Mártires del 9 de Abril. Aun cuando el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvicouterino está diseñado para que estas puedan ser detectadas en sus primeras etapas, un porcentaje considerable de mujeres que las padecen reúne en su mayoría características de alto riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas y malignas en el cuello uterino. Resulta importante conocer el comportamiento del seguimiento de la evolución de las pacientes en la consulta de patología de cuello, por ello los autores de esta investigación se dan a la tarea de investigar y se plantea el siguiente *problema científico*: ¿Cómo se comportan las lesiones intraepiteliales de alto grado en las pacientes que acudieron a la Consulta de Patología de Cuello del Hospital Universitario Mártires del 9 de Abril de Sagua la Grande de enero a diciembre del 2011?

MÉTODOS

Se realizó una investigación con un enfoque cuantitativo y cualitativo de tipo descriptivo transversal con el objetivo de determinar el comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en las pacientes que acudieron a la consulta de patología de cuello del Hospital Universitario "Mártires del 9 de Abril" de Sagua la Grande en el período comprendido de enero a diciembre del 2011.

El universo de estudio estuvo constituido por 158 mujeres que asistieron a consulta de patología de cuello con diagnóstico presuntivo de citología de alto grado. La muestra quedó finalmente constituida por 70 con diagnóstico definitivo de lesiones intraepitelial de alto grado.

Métodos del nivel empíricos para la recogida de la información:

Revisión de documentos: historias clínicas, tarjetas de citodiagnóstico.

Entrevista: dirigida a las mujeres para caracterizar la población femenina objeto de estudio según la edad de las pacientes.

Procedimientos utilizados para la recogida de la información

Se confeccionó un formulario con los datos recogidos de las historias clínicas y tarjetas de citodiagnóstico, las variables empleadas en el estudio: edad, primeras relaciones sexuales, tiempo transcurrido entre las primeras relaciones sexuales y el ingreso de las pacientes en la consulta de patología de cuello, resultados de la citología anterior al ingreso en consulta de patología de cuello, relación entre las lesiones intraepiteliales de alto grado y las infecciones de transmisión sexual, correlación entre los resultados de la biopsia por ponchamiento y la biopsia por cono, tipo de tratamiento en las pacientes con NIC de alto grado y diagnóstico definitivo de estas pacientes.

Almacenamiento y procesamiento estadístico de la información

La información se registró caso a caso y de acuerdo con las variables objeto de estudio, primeramente en una hoja de trabajo de Microsoft Excel, donde se realizaron las primeras pruebas de validación de la información a partir de las fuentes principales de los datos. Posteriormente, se traspasaron para el procesador de datos estadísticos conocido mundialmente como Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS/PC) en su versión 13.0 y se elaboraron las sintaxis generales y particulares.

Los resultados se agruparon en forma de tablas debidamente organizadas y ligeramente modificadas con el fin de hacer estos más comprensibles, después de realizado el procesamiento de los datos primarios.

Bioética médica

El estudio se realizó según se encuentra normado para estos casos. Al divulgar los resultados de la investigación se garantiza no revelar datos personales de los pacientes, como nombres, direcciones, etcétera.

RESULTADOS

En la tabla 1, se encontró un predominio de las pacientes comprendidas entre los 25 y 44 años de edad, que alcanzó más del 70 % de la muestra estudiada, seguida por las pacientes entre 45 y 59 años con un 16,4 %, las pacientes con 60 años o

más solo aportaron el 1,4 % de la muestra. Es alarmante que haya un 11,0 % de pacientes que no alcanzan los 25 años de edad, lo cual está relacionado, entre otros factores, al inicio precoz de la actividad sexual de estas pacientes.

Tabla 1. Distribución de las pacientes según grupos de edades

Edad (años)	No.	%
Menos de 25	8	11,0
25-34	27	37,0
35-44	25	34,2
45-59	12	16,4
60 y más	1	1,4
Total	73	100

Cuando se analizó la edad de las primeras relaciones sexuales se encontró, que el inicio precoz de la actividad sexual fue un factor que influyó directamente en las pacientes, pues 49 de ellas (67,1 %) inició su vida sexual entre los 16 y 20 años de edad, seguidas por 15 (20,5 %) pacientes menores de 15 años; 6 mujeres en el grupo de 21-25 años, y las pacientes que la iniciaron tardíamente (26 a 30 años de edad), aportaron solo el 4,1 % de la muestra estudiada.

En la tabla 2 se observó la distribución de las pacientes según el tiempo transcurrido (en años) desde el inicio de la vida sexual hasta su ingreso en la consulta de patología de cuello, lo cual aportó que a medida que aumenta el tiempo de vida sexual aumentan las patologías premalignas de alto grado de cérvix, pues las pacientes con menos tiempo de vida sexual (3 a 5 años) aportaron solo el 4,1 % del grupo estudio, mientras que se incrementó en las pacientes con 16 a 20 años de vida sexual a un 26 %, y en el grupo con más de 20 años de vida sexual se elevó aún más, alcanzando el 39,7 % de la muestra estudiada, lo cual corresponde nuevamente al mayor tiempo de exposición al VPH.

Tabla 2. Distribución de las pacientes según grupos por años transcurridos desde las PRS hasta el ingreso en la consulta de patología de cuello

Años de relaciones sexuales	No.	%
3-5 años	3	4,1
6-10 años	10	13,7
11- 5 años	12	16,4
16-20 años	19	26,0
más de 20 años	29	39,7
Total	73	100

Se analizó también el resultado de la citología orgánica previa al ingreso de las pacientes en la consulta, y se pudo apreciar nuevamente que existe una relación directa entre la infección por el VPH y la aparición de las lesiones intraepiteliales cervicales, ya que en 72,6 % (53) de las pacientes existió el hallazgo citológico del VPH, contra solo un 27,4 % de pacientes con citologías negativas.

En la tabla 3 en cuanto a otro de los factores predisponentes a padecer de lesiones intraepiteliales de alto grado, en las infecciones de transmisión sexual (ITS) el mayor porcentaje lo constituyó el VPH presente en más del 32,9 % de los casos, seguido de la moniliasis y la trichomoniasis vaginal con 21 y 12,3 % respectivamente, y cerca del 14 % negaron antecedentes de ITS.

Tabla 3. Relación entre las lesiones intraepiteliales y las ITS

ITS	No.	%
Monilias	15	20,5
Trichomonas	10	13,7
Clamidias	5	6,8
VPH	24	32,9
Gardenerella	9	12,3
No responden	10	13,7
Total	73	100,0

En la correlación entre los resultados de la biopsia por ponchamiento y la biopsia por cono, de las pacientes que acuden a la consulta de patología de cuello (tabla 4), existió una correspondencia adecuada, lo que pudiera guardar relación, con el hecho de que en el período que se realizó esta investigación, las biopsias por ponchamiento en un 86 % fueron dirigidas por la colposcopia.

Tabla 4. Correspondencia entre los resultados de la biopsia por ponchamiento y la biopsia por cono de las pacientes

Resultados	Biopsia por ponchamiento		Biopsia por cono	
	n= 69	%	n= 73	%
NIC II	29	42,0	31	42,5
NIC III	12	17,4	12	16,4
Carcinoma <i>in situ</i>	28	40,6	30	41,1
Total	69	100,0	73	100,0

En cuanto al tratamiento definitivo, a 53 pacientes se les realizó cono por bisturí frío para un 72,6 %, cono por asa solo a 11 para un 15,1 % dado que en este período se presentó problemas con el equipo de radiocirugía, y en 9 casos para un 12,3 % el tratamiento definitivo lo constituyó la histerectomía total abdominal, motivada por 9 casos en que el diagnóstico histológico fue carcinoma *in situ* cerca

y/o en el borde de sección quirúrgica; de ellos 7 procedentes del cono por bisturí y 2 del cono por asa diatérmica; sin embargo, en solo un caso el diagnóstico final fue carcinoma *in situ* en el muñón cervical, en el resto de los casos fue negativo.

En relación con el diagnóstico definitivo de las pacientes estudiadas (tabla 5) se apreció que las neoplasias intraepiteliales de alto grado fueron las entidades histológicas más encontradas con más de un 70 %, de ellas la más representativa el carcinoma *in situ* con un 29,1 %, seguidas por las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) con cerca de un 14 %, las cervicitis crónicas aportaron un 9,7 % de las pacientes y finalmente el carcinoma microinfiltrante fue encontrado en un 5,8 %.

Tabla 5. Distribución según el diagnóstico definitivo de las pacientes

Diagnóstico definitivo	No.	%
Cervicitis crónica	10	9,7
NIC I	14	13,6
NIC II	31	30,1
NIC III	12	11,7
Carcinoma <i>in situ</i>	30	29,1
Carcinoma microinfiltrante	6	5,8
Total	103	100,0

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos están acordes con los encontrados por otros autores, estos mostraron una prevalencia del grupo de edad entre 25 y 34 años, las pacientes con edades menores de 25 años y las mayores de 54 resultaron las de menor incidencia. Los autores consideran que esto se debe a que son el grupo que está en plenitud de la actividad sexual y reproductiva, y por tanto con mayor exposición al papilomavirus humano responsable de la mayor cantidad de lesiones intraepiteliales y cáncer cérvico uterino. Coinciden estos resultados con los referidos por una investigación realizada en Hospital Ginecoobstétrico de Guanabacoa, con el propósito de caracterizar a la paciente biopsiada por electrocirugía en esa institución durante el periodo de enero 1998 a diciembre 2008, el cual mostró una prevalencia del grupo de pacientes con edades entre 31 y 40 años, seguido del grupo entre 21 y 30 años; las edades mayores fueron de 60 y menores de 21 años las menos frecuentes.² Igualmente con los obtenidos por otros autores nacionales e internacionales,^{6,19} como *Bermejo* en un estudio realizado en Camagüey en el 2004 donde el mayor porcentaje de casos predominó entre 25 y 39 años con un 61 %; *Puente*, en Palma Soriano, con un 48 % entre 30 y 39 años, e internacionalmente, *López*, en México, con prevalencia de edades entre 26 y 40 años, para el 72 %.

Se considera inicio precoz de las relaciones sexuales con 16 años o menos.⁷ El profesor *Evelio Cabezas*²⁰ señala que el hecho de comenzar las relaciones sexuales precozmente constituye un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del cérvix. La Organización Panamericana de la Salud recomienda que las mujeres comiencen a realizarse las pruebas de Papanicolaou desde que empiecen con una vida sexual activa.²¹ Una investigación realizada en el

Hospital Ginecoobstétrico de Guanabacoa en 1997 sobre tratamiento conservador de la neoplasia intraepitelial cervical arrojó que el 76,5 % de la muestra comenzó sus relaciones sexuales en una edad inferior a los 20 años; lo cual tiene mucha coincidencia con los resultados en la presente investigación.²² También se concuerda con los resultados de otra investigación, pero esta vez sobre manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical en el hospital "Ramón González Coro" observó que el total de su muestra (32 adolescentes) ya tenían una vida sexual activa, 9 de ellas antes de cumplir los 15 años.

Muchos autores reportan que el inicio precoz de la actividad sexual las hace más vulnerables a infección por VPH dada que en las adolescentes existe una inmadurez de la zona de transformación cervical. Otro autor señala que la edad de más frecuente de contagio con el VPH es entre los 15 y 25 años. Por su parte *Sarduy Nápoles*⁵ encontró que 8 de cada 10 mujeres tuvo su primera relación sexual antes de los 20 años de edad, y de manera marcada antes de los 18 años.

La relación del VPH con las lesiones intraepiteliales están ampliamente discutidas en la literatura y resulta un hecho comprobado,^{23,24} por lo que la prevalencia encontrada en el presente estudio, de los antecedentes de esta infección en las pacientes de la muestra está totalmente justificada.

En una investigación realizada en el municipio Boyeros, en La Habana, con el objetivo de caracterizar la asociación de los NIC con la infección por VPH durante el período 2004-2006, se analizaron las biopsias realizadas en el Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera", se encontró que el 70 % de los casos se hallaba asociado a la infección por VPH.²⁵ En el presente estudio, el 32,9 % de la muestra estudiada declaró antecedentes de VPH, acorde con las teorías al respecto y con otros estudios realizados.²⁶

Respecto a factores de riesgo de CCU, un estudio en una institución de salud pública de Fortaleza, en Brasil, observó que el 100 % de la muestra declaró haber tenido o tener alguna infección de transmisión sexual, entre las que destacaron: el VPH, la trichomona y la gonorrea.²⁷ Estos resultados no concuerdan con los obtenidos por los autores de la presente investigación, en la que sobresalieron: VPH, monilia, trichomona y gardnerella, en ese orden de incidencia entre las pacientes muestreadas. Sin embargo, *Discacciati MG* y otros²⁸ obtuvieron resultados de un 33 % de mujeres con vaginosis bacteriana en su grupo de estudio, resultados que se acercan más a los obtenidos en este estudio. Otro tanto ocurrió en un estudio realizado en el Hospital Ginecoobstétrico de Guanabacoa,²⁹ con el objetivo de caracterizar a la paciente biopsiada por electrocirugía durante el periodo de enero 1998 a diciembre 2008, en él se observó que el 18,8 % de la muestra padecía de vaginosis bacteriana.

El tratamiento escisional mediante conización tiene como objetivo el diagnóstico de lesiones preinvasoras cervicales para impedir su progresión hacia lesiones invasoras, principalmente las de grado alto y microinvasivas en la biopsia dirigida según la visión colposcópica. Además, ofrece un estudio anatomopatológico adecuado de la pieza obtenida, presenta escasas complicaciones y de poca gravedad, lo cual permite un seguimiento posquirúrgico adecuado.^{30,31}

Los resultados obtenidos en las biopsias mostraron prevalencia de los NIC II y NIC II respectivamente. Al igual que *Mendoza T, Luis Alfonso* y otros,³² que realizaron un estudio sobre prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana, el carcinoma microinfiltrante resultó el de menor incidencia, coincidiendo de igual manera con los resultados obtenidos por los autores.

En la literatura revisada todos coinciden que ante cualquier discordancia clínico citológica, es obligación de todo cirujano efectuar una biopsia por conización para precisar el diagnóstico, y si el patólogo descarta el cáncer y confirma la lesión intraepitelial con márgenes libres de enfermedad, puede considerarse efectivo el tratamiento.³³

Otros autores se refieren a la proximidad al borde de sección quirúrgica, relacionándolo con el proceder quirúrgico empleado, planteando que a medida que se realice una técnica más correcta con una resección uniforme del canal y el exocérvis, menos será la posibilidad de lesiones residuales en los bordes de sección quirúrgica.³⁴

El tratamiento conservador permite que la paciente conserve su funcionalidad sexual y reproductiva, el especialista debe ser muy observante y cuidadoso al adoptar esta decisión en la consulta.²²

En la muestra estudiada solamente se realizó un tratamiento no conservador (histerectomía abdominal) al 5,33 % de las pacientes. *M. Vázquez Rodríguez* y otros,³⁵ tuvieron una tasa superior de histerectomía en su estudio debido a bordes positivos en las biopsias realizadas por cono, aunque se debe señalar que en su muestra primaron las mujeres con edades superiores a los 35 años y las multíparas.

Todas las pacientes con tratamiento quirúrgico por cono deben mantener un seguimiento en consulta entre los 9 y 12 meses posteriores a este, independientemente de que el informe anatomopatológico declare que los bordes del espécimen obtenido no estén afectados, para evaluar la regresión o la persistencia de lesiones y complicaciones. Para descartar la presencia de carcinoma invasor no sospechado, es aconsejable biopsiar todas las lesiones persistentes. Estas últimas deben volverse a tratar según convenga.

Aunque la incidencia general del carcinoma *in situ* (CIS) se mantiene bastante baja, la incidencia aumentó aproximadamente 6 veces de la década de 1970 a la de 1990. El manejo de las mujeres con CIS es a la vez desafiante y controversial. El CIS con frecuencia se extiende por una distancia considerable dentro del canal endocervical lo que hace que la escisión completa sea difícil. El CIS es también multifocal frecuentemente y a menudo hay "lesiones salteadas" (es decir, lesiones que no son contiguas). Por eso los bordes negativos en un espécimen escisional diagnóstico no significan necesariamente que la lesión se ha escindido completamente.³⁶

Por estas consideraciones la histerectomía continúa siendo el tratamiento de elección para el CIS en mujeres que han completado su maternidad. Sin embargo, el CIS ocurre frecuentemente en mujeres que desean mantener su fertilidad. Un número de estudios han demostrado ahora claramente que un proceder escisional es curativo en la mayoría de estas pacientes. El índice de fallos después de un proceder escisional (por ej. CIS recurrente o persistente o adenocarcinoma invasivo) varía desde 0 % a 9 %. Una revisión integral de la literatura publicada realizada en 2001 identificó 16 estudios que incluían un total de 296 mujeres con CIS que habían sido tratadas con un proceder escisional diagnóstico. El índice de fallo general fue de 8 %. El estado de los bordes es uno de los pronosticadores clínicos de enfermedad residual más útil. Los datos recientes sugieren que la muestra endocervical en el momento de la biopsia escisional también predice la enfermedad residual. Algunos, pero no todos, los estudios han sugerido que hay un índice de recurrencia aumentado al igual que un aumento en los márgenes positivos cuando se usa un proceder de escisión por asa, en lugar de la conización por bisturí

frío. Independientemente del método de conización, los especialistas deben recordar que el estado de los bordes y la interpretación de estos son importantes para el planeamiento del tratamiento y la conducta futura. Además, se debe enfatizar que en toda mujer con CIS se requiere una biopsia escisional antes de tomar ninguna decisión posterior sobre la conducta.³⁶

Se concluye que 1 de cada 10 pacientes afectada por una lesión de alto riesgo es menor de 25 años. A mayor tiempo transcurrido desde el inicio de las relaciones sexuales incrementa la aparición de lesiones de alto grado. La presencia del VPH por citología se evidenció en casi la tercera parte de la muestra. Existió una adecuada correlación entre los resultados histológico y la biopsia por ponchamiento y por cono.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración prestada por los alumnos Claudia Reyes Moré y Néstor Moya Arechavaleta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco Argote O, Valladares Vallín J, Pérez Ramos G. Neoplasia intraepitelial cervical en un área de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet] 2011 ago [citado 11 Abr 2012];37(2):193-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200009&lng=es
2. Torriente Hernández S, Valdés Álvarez O, Villarreal Martínez A, Borrego R. Correlación colpohistológica en las pacientes portadoras de neoplasia intraepitelial cervical tratadas con radiocirugía. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet] 2011 mar [citado 4 May 2012];37(1):23-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100005&lng=es
3. Torriente Hernández S, Valdés Álvarez O, Villarreal Martínez A, Lugo Sánchez A. Caracterización de un grupo de pacientes con neoplasia intraepitelial cervical diagnosticadas por biopsia con asa diatérmica. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet] 2011 mar [citado 11 abr 2012];37(1):42-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100006&lng=es
4. Lau Serrano D, Millán Vega MM, Fajardo Tornés Y, Sánchez Alarcón C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol 2012 [citado 4 Dic 2012];38(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2012000300009&script=sci_arttext
5. Sarduy Nápoles MR. Neoplasia Intraepitelial Cervical: Preámbulo del cáncer cérvicouterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet] 2008 ago [citado 11 Abr 2012];34(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200004&lng=es

6. Bermejo Bencomo W, Ventura Balmaseda Z, Mayedo María L, Amador de Varona CI. Cáncer cervical en embarazo de la primera mitad con placenta previa. Reporte de un caso. AMC [serie en Internet] 2008 oct [citado 2 Dic 2009];12(5): Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552008000500014&lng=es
7. Torriente Hernández B, Valdés O, Lugo Sánchez AM, González González M. Valor de la electrocirugía como tratamiento conservador del carcinoma in situ de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet] 2002 Ago [citado 2012 Abr 11];28(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200010&lng=es
8. Hidalgo Abud F. Manual de detección precoz del cáncer cérvico uterino. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
9. Cabezas E. Lesiones premalignas del cuello. En: Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 297.
10. Rosell Juarte E, Muñoz Dobarganes A, Cerero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenez Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Archivo Médico Camagüey. 2007[citado 2009 Dic 02]. Disponible en:
<http://www.amc.sld.cu/amc/2007/v11n1-2007/2116.htm>
11. Barbón A. Análisis de algunos factores de riesgo de lesiones premalignas de cuello uterino en un área de salud. Rev haban cienc méd [serie en Internet]. 2009 Nov [citado 2009 Dic 02];8(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400005&lng=es
12. Sociedad Española de Ginecología. La infección por papilomavirus. España: SEGO; 2003.
13. Rosell Juarte E, Muñoz Dobargane A, Cepero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenez Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Rev Archivo Médico de Camagüey [serie en Internet];2007;11(Supl I). [citado 18 de diciembre 2010] Disponible en: <http://shine.cmw.sld.cu/amc/v11supl.I/830.htm>
14. Colectivo de autores. Infecciones de transmisión sexual. Pautas para su tratamiento. La Habana: MINSAP; 2004.
15. Dzul Rosado KR, Puerto Solís M, González Losa MR. Cáncer cervicouterino: métodos actuales para su detección. Rev Biomed. 2004;15:233-41.
16. Murillo R, Molano M, Martínez G, Mejía JC, Gamboa O. HPV Prevalence in Colombian Women with Cervical Cancer: Implications for Vaccination in a Developing Country. Infect Dis Obstet Gynecol. 2009;653-98.
17. Anuario estadístico cubano [monografía en la Internet] 2009 [citado 2012 Ago 29]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/2010/04/28/anuario-estadistico-de-salud-2009/>

18. Anuario estadístico cubano [monografía en la Internet] 2010 [citado 2012 Ago 29]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2011/04/anuario-2010-e-sin-graficos1.pdf>
19. González Merlo J, González Bosquet J. Lesiones premalignas de cérvix y cáncer de cérvix. Texto Ginecología Oncológica. 2da. ed. Barcelona: Editorial Masson; 2000. p. 121-215.
20. Cabezas Cruz E. Conferencia del Diplomado de Ginecología en Infante Juvenil sobre el embarazo en la adolescencia. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; febrero 2005.
21. Organización Panamericana de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington, D.C: OPS/OSP; 2002.
22. Valdés Álvarez O. Tratamiento conservador de la neoplasia intraepitelial cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 1997 Dic [citado 11 abr 2012];23(2):86-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1997000200005&lng=es
23. Puig-Tintoré LM. Historia natural de la infección por el VPH como base de la conducta clínica. En: Puig-Tintoré LM, Andia Ortiz D, editores. Patología del tracto genital inferior y colposcopia en España 2005. Barcelona: Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia; 2006. p. 46-49.
24. Vidart JA, Cristóbal I, Coronado P. Tratamiento y seguimiento de las lesiones producidas por el virus del papiloma humano. Folia Clínica Obstet Ginecol. 2007;62:49-56.
25. Montané Céspedes IA. Papiloma virus humano. Asociación a neoplasia intraepitelial cervical en mujeres del municipio Boyeros. Rev haban cienc méd [Internet]. 2010 Nov [citado 2012 Abr 11];9(4):553-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000400015&lng=es
26. García-Tamayo J, Molina J, Blasco-Olaetxea E. Importancia de los estudios de inmunohistoquímica en el diagnóstico y la evaluación pronóstica de la neoplasia intraepitelial y el cáncer cervical. Invest clín. [Internet] 2009 jun [citado 4 May 2012];50(2):241-50. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332009000200011&lng=es&nrm=iso
27. De Jesus Silva Bezerra, Dos Anjos S. Factores de riesgo para cáncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citología e cervicografía. Rev esc enferm. [Internet]. 2010 [citado 16 Ago 2012];44(4):912-20. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400008&lng=en&nrm=iso
28. Discacciati MG, Simoes JA, Lopes ES, Silva SM, Montemor EB, Rabelo-Santos SH, et al. Is bacterial vaginosis associated with squamous intraepithelial lesion of the uterine cervix? Diagn Cytopathol. 2006;34(5):323-5.

29. Sarduy Nápoles M. Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2009 Abr [citado 2011 Sep 12];35(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100007&lng=es
30. Song SH, Lee JK, Oh MJ, Hur JY, Na JY, Park YK, et al. Persistent HPV infection after conization in patients with negative margins. Gynecol Oncol. 2006;101:418-22.
31. Weig G, Pokieser W, Schuller B, Weigert M, Ulrich W, Sevelde P, et al. Investigation of 208 consecutive cases of cervical cone biopsies with regard to indication, negative samples and quality control. Acta Cytol. 2006;50:185-90.
32. Mendoza LA, Pedroza MJ, Micolta PH, Ramírez A, Cáceres CR, López DV, et al. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Rev chil obstet ginecol. [serie en Internet] 2012 [citado 2012 Ago 16];77(2):129-36. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000200009&lng=es
33. Herrera Blen JA, García Trujillo Y, Martínez Rodríguez V, Torres Hernández R. Citología Vaginal en el municipio San Nicolás. Revista Ciencias Médicas La Habana [serie en Internet] 2007 [citado 25 Ene 2009];13(2). Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol13_2_07/habsu107.htm
34. Salvant Tames A, Rodríguez Lara O, Leyva Lambert M, Gamboa Rodríguez M, Columbié Gámez M. Comportamiento del cáncer cérvicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2012 jun [citado 29 ago 2012];38(2): 190-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200006&lng=es
35. Vázquez Rodríguez M, Vidal Hernández R, Pardo Pumar I, Campos Arca S, Otero Valenzuela A. Tratamiento mediante conización de la neoplasia cervical intraepitelial en el Complejo Hospitalario de Pontevedra. Clin Invest Gin Obst [a serie en Internet] 2009 Abr [citado 2012 Abr 21];36(4):1447. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/7/7v36n04a13139839pdf001.pdf>
36. Wright ThC, Massad LS, Dunton ChJ, Spitzer M, Wilkinson EJ, Solomon D. Pautas de consenso de 2006 para el manejo de mujeres con neoplasia intraepitelial cervical o adenocarcinoma in situ. Bethesda: Conferencia de Consenso de 2006 patrocinada por la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical; 2006.

Recibido: 30 de julio de 2013.
Aprobado: 15 de agosto de 2013.

Alina Moré Vargas. Hospital Universitario "Mártires del 9 de abril". Carretera Circuito Norte Km 2 ½. Sagua la Grande. Villa Clara, Cuba. Código Postal: 52310. Teléfono: 66 4789- 66 4878 Autor para la correspondencia: Carlos Moya Toneut. Correo electrónico: carlosmt@hospisag.vcl.sld.cu